Lane Medical Library

Über

Doppelschädelschüsse bei Selbstmördern.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

am 21. Juli 1888

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTHEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Günther von Foerster

aus Breslau.

OPPONENTEN:

Hr. Dr. med. Carl Papenhausen.
- Cand. med. Adolf Wieber.
- Cand. med. Paul Stenger.

BERLIN.

Buchdruckerei von Gustav Schade (Otto Francke).

Linienstrasse 158.

Seiner teuren Mutter

in Liebe und Dankbarkeit

der Verfasser.

Die Beantwortung der Frage, ob ein Selbstmörder im Stande sei, sich hintereinander zwei Schädelschüsse beizubringen, ist von der grössten forensischen Bedeutung. Kann es doch unter Umständen nötig sein, zur Beurteilung eines Falles für den Gerichtshof feststellen zu müssen, ob man es bei einer Leiche, welche zwei von Geschossen herrührende Eintrittsöffnungen am Schädel zeigt, mit Mord oder Selbstmord zu thun hat. Manches Mal mögen ja die näheren Umstände hierbei mit Evidenz das entscheidende Wort sprechen, in anderen Fällen dagegen ist der Gerichtsarzt ganz allein auf den objektiven Befund angewiesen und hat aus diesem, soweit es in seiner Macht steht, festzustellen, ob Denatus sich den zweiten Schuss beibringen konnte, oder nicht. Ein gleichzeitiges Schiessen aus zwei Waffen ist zwar auch beobachtet worden, wie in dem Falle von Trélat[1]), wo ein Selbstmörder sich gleichzeitig zwei Pistolen an je einer Schläfe ansetzte und abfeuerte; es ist dies aber ein so ungewöhnliches Ereignis, dass wir davon wohl ganz absehen können. Bei der fundamentalen Bedeutung der oben erwähnten Frage ist es wohl berechtigt, die Möglichkeit der Doppelschädelschüsse bei Selbstmördern näher zu betrachten und die, wenn auch wenigen, bis jetzt bekannten diesbezüglichen Fälle anzuführen.

---

[1]) Casper-Liman, Handb. der gerichtl. Medizin.

Um festzustellen, ob ein Selbstmörder nach einem, gegen den Schädel abgefeuerten Schuss noch einen zweiten eben dorthin abgeben kann, müssen wir zunächst die Frage ventilieren, welche Folgen der erste Schuss gehabt hat.

Erstens kann bei diesem Schuss das Gehirn unverletzt geblieben sein. Die Kugel kann in den Schädeldecken stecken bleiben, was dann entweder eine aussergewöhnliche Härte oder Dicke der Knochen (vergleiche den später beschriebenen Fall No. 7), oder eine besondere Weichheit des Materials des Geschosses oder eine zu geringe Pulverladung voraussetzt. Genauere Untersuchungen über den letzten Punkt sind besonders von v. Beck gemacht, aus denen hervorgeht, dass die aus Weichblei gefertigten Kugeln — und hieraus werden die Revolvergeschosse meist gemacht — beim Aufschlagen auf einigermassen Widerstand leistende Gegenstände (hier also Schädelknochen) sofort ihre normale Gestalt verlieren, sich mehr oder weniger abplatten und dadurch von ihrer Stosskraft einbüssen. Auch die ausgedehnten Schiessversuche Regers (Deutsche mil. ärztl. Zeitschrift, 4. 1887) führten betr. der Schüsse mit schwachen Ladungen zu ähnlichen Resultaten.

Was bewirkt ein solcher Schuss? In den weitaus meisten Fällen wird durch die Gewalt, mit welcher das Geschoss auf den Schädel schlägt, jener Symptomenkomplex hervorgerufen, welchen man mit dem Namen Commotio cerebri, Gehirnerschütterung, zu bezeichnen pflegt. Die Kugel wirkt hierbei wie z. B. ein von kräftiger Hand gegen den Schädel geführter Gewehrkolben. Vermöge der grossen Widerstandsfähigkeit, welche der Schädelknochen dieser Gewalteinwirkung entgegenstellt, wird diese nun auf den ganzen Schädel und seinen In-

halt, das Gehirn, welches denselben vollkommen ausfüllt, fortgepflanzt, übertragen. Letzteres zeigt natürlich als reaktionsfähigste Masse des Kopfes am intensivsten die Wirkung dieser Erschütterung. War dieselbe von äusserster Stärke, so kann die Substanz des Gehirns dadurch funktionsunfähig gemacht werden und der Tod die unmittelbare Folge sein[2]). War die Erschütterung schwächer, so tritt neben anderen Folgezuständen am konstantesten eine nach dem geringeren oder stärkeren Grade der Einwirkung kürzer oder länger andauernde Bewusstlosigkeit ein. Diese Gehirnerschütterung kann für sich allein betehen, noch häufiger ist sie mit anderweitiger Verletzung des Gehirns verbunden. Hierzu gehören die kapillaren Apoplexieen in die Gehirnsubstanz, dann die Rhexis cerebri und ferner die so häufige Contusio cerebri. Den häufigsten Sitz der Contusio cerebri bilden die Stirnlappen, beziehungsweise die hintere Begrenzung der Fossa Sylvii. Sie präsentiert sich in Form meist violett verfärbter, gewöhnlich zu Gruppen angeordneter Stellen, an denen die Rindensubstanz erweicht und von zahlreichen grösseren und kleineren punktförmigen Blutaustritten durchsetzt ist. Nach Duret ist die Wand und Umgebung der vierten Hirnkammer ein häufiger Sitz von traumatischen Hämorrhagieen, weil bei plötzlicher Erschütterung des Kopfes die Ventrikelflüssigkeit vorzugsweise gegen diese Partieen hingedrängt wird[3]). Betrifft diese Contusio cerebi, falls sie also die Gehirnerschütterung begleitet, lebenswichtige Stellen des Gehirns, so ist der Effekt natürlich derselbe, als ob jene

---

[2]) Bardeleben, Lehrb. d. Chirurgie u. Operationslehre. 8. Ausg. Bd. III.

[3]) Hofmann, Lehrb. d. gerichtl. Medizin.

Stellen direkt durch das Projektil verletzt wären, d. h. es muss der sofortige Tod eintreten.

In einzelnen Fällen aber ruft ein nur die Schädelkapsel verletzender Schuss nicht derartig schwere Folgen einer Commotio resp. Contusio cerebri hervor, sondern lässt fürs Erste das Bewusstsein intakt und hiermit die Möglichkeit zu, nochmals gegen den Schädel zu schiessen. Ich stütze mich dabei auf einzelne Beobachtungen in der Litteratur, in denen nach derartigen Schussverletzungen das Bewusstsein absolut ungestört blieb. Einen solchen Fall erzählt z. B. Hofmann in seinem Lehrb. d. gerichtl. Medizin. An einem Selbstmörder, einem alten Offizier, fanden sich sechs Schussöffnungen. Eine über der Glabella frontis, welche bis zur äusseren, eine kreisförmige Fissur zeigenden Tafel des 1 cm dicken, kompakten Schädels führte, der eine kuchenförmig plattgedrückte Spitzkugel von 7 mm Kaliber aufsass, ferner eine zweite am rechten Jochbein, welche, ohne den Schädel zu eröffnen, in einen quer durch beide Orbiten ziehenden Kanal führte, der beide Nervi optici durchtrennte und am linken Jochbein mit einer grossen Ausgangsöffnung endete, und endlich drei dicht beisammenstehende Einschüsse in der Herzgegend, von denen einer die linke Lunge und die zwei anderen die linke Herzkammer und die Brustaorta durchdrangen. Offenbar waren die zwei Schüsse in den Kopf die ersten, die ins Herz die letzten. Nach den ersten musste der Selbstmörder das Bewusstsein noch gehabt haben.

Indessen ist es doch relativ selten, dass das Projektil auf das Gehirn keine direkte Wirkung ausübt. Vielmehr durchbohrt dasselbe gewöhnlich die Schädeldecken, ohne dabei besonderen Widerstand zu finden und verletzt die Substanz des Gehirns selbst. Hat es

hierbei Teile desselben getroffen, welche zum Leben absolut notwendig sind, so erfolgt sofort der Tod. Dazu gehören z. B. die Brücke und die Medulla oblongata; in letzterer befindet sich ja das Atmungscentrum, der Noeud vital von Flourens, welcher durch diesen bezeichnenden Namen schon auf die Wichtigkeit dieses Gehirnteils betreffs der Erhaltung des Lebens hinweist; es liegen hier ferner die Centren für die Herznerven, deren Zerstörung ein Weiterleben und einen zweiten Schuss selbstverständlich unmöglich macht. Nur ein Punkt liesse sich gegen diese Anschauung anführen und zwar folgender[4]): Es müsste der zweite Schuss gewissermassen automatisch abgegeben sein, wenn der Unglückliche bereits zum Voraus sich fest vorgenommen hätte, um sein Ziel zu erreichen, sich zwei Schüsse beizubringen. Die Kürze der Zeit, höchstens einige Secunden, liesse den Gedanken zu, dass der den Drücker umspannende Finger noch im Stande wäre, dem Befehle des vorgefassten Willens zu gehorchen. Ob man eine solche Automatie anerkennen darf, will ich dahingestellt sein lassen; jedenfalls ist sie nicht anzunehmen, wenn die beiden Schussöffnungen nicht ganz dicht bei einander liegen.

Werden durch das Projektil lebenswichtige Centren nicht berührt, so ist die Bedeutung der Verletzung von dem Grade abhängig, in welchem dadurch das übrige Gehirn in Mitleidenschaft gezogen wird. Denn von der Mitleidenschaft des Gehirns hängt nicht blos der Verlauf der Verletzung ab, sondern auch die Erscheinungen, welche unmittelbar nach derselben auftreten. Gerade diese ersten Erscheinungen müssen wir nun genau ins Auge fassen, um beurteilen zu können, ob der Selbst-

---

[4]) Naegeli in Vierteljahrschr. f. gerichtl. Medizin 1884.

mörder noch befähigt war, einen zweiten Schuss gegen den Schädel zu richten. Die Natur und Intensität der durch die Hirnverletzung hervorgerufenen unmittelbaren Erscheinungen sind nun durch drei Momente bedingt[5]):

I. durch die Verletzung (Zusammenhangstrennung) der Gehirnsubstanz selbst resp. einzelner Teile,
II. durch die Hirnerschütterung,
III. durch den Druck, welcher auf die Gehirnoberfläche durch das aus den durchtrennten Meningealgefässen ausgetretene Blut ausgeübt wird.

Für die Anfangssymptome der Verletzung — und das ist ja gerade der Punkt, welcher in unserem Falle massgebend ist — sind im Allgemeinen die zwei letztgenannten Momente von grösserer Bedeutung, als die Zusammenhangstrennung des Gehirns selbst. Denn wenn wir voraussetzen, dass die Kugel keine lebenswichtigen Centren getroffen hat, so bleibt als zweite Frage die nach dem Bewusstsein, ob dasselbe noch vorhanden sein kann oder nicht. Früher glaubte man das Bewusstsein und andere Seelenäusserungen an bestimmte Stellen des Gehirns binden zu müssen, sodass also Verletzung dieser Stelle mit Vernichtung des Bewusstseins verknüpft sein müsste; so suchte Cartesius es in der Glandula pinealis, Vieussenius das Denkvermögen im Centrum ovale. Die neueren Untersuchungen haben jedoch gezeigt, dass das Bewusstsein nicht eine besondere Kraft an einer bestimmten Stelle ist, sondern man fand, dass im Gehirn zwar Centralisation der einzelnen Sinne und Fähigkeiten bis zu einem gewissen Grade besteht, dass das Bewusstsein aber das Produkt aus den sich hierin abspielenden Vorgängen darstellt. Wird durch eine Kugel ein Teil

---

[5]) Hofmann, Lehrb. d. gerichtl. Medizin.

des Gehirns und zwar ein weniger wichtiger lädiert, so ist also a priori nicht anzunehmen, dass sämtliche Substrate des Denkens und Bewusstseins zerstört sind, dasselbe verloren gehen muss. — Die Ursachen solcher geringfügiger Verletzungen des Gehirns sind übrigens auch in den Waffen zu suchen, welche bei derartigen Gelegenheiten heutzutage benützt werden. Während man früher mit Pistolen, grossen Revolvern etc. schoss, deren Projektile zusammen mit der Wirkung der Pulvergase enorme Verwüstungen und Zerstörungen anrichteten, bedient man sich in der neueren Zeit, natürlich ohne ihre schwache Wirkung zu kennen, für gewöhnlich kleiner Revolver (5 — höchstens 7 mm Kaliber), deren minimale Kugeln und geringe Pulverladung dementsprechende Verletzungen der Hirnsubstanz zur Folge haben. Da in Wirklichkeit aber trotzdem das Bewusstsein oft gestört ist, so muss die Ursache dafür entweder in der Hirnerschütterung oder der Apoplexie zu suchen sein.

Was nun den zweiten Punkt, der bei Durchbohrung des Gehirns durch die Kugel ohne Verletzung von lebenswichtigen Teilen in Betracht kommt, anbetrifft, nämlich die oben erwähnte Hirnerschütterung, so ist diese entschieden geringer, als wenn die Kugel die harten Schädelknochen nicht durchbricht. Bardeleben spricht sich darüber in seinem Lehrbuch folgendermassen aus: „Die Erscheinungen der Commotio cerebri stehen im geraden Verhältnis einerseits zu der Gewalt des verletzenden Körpers, andrerseits zu der Widerstandsfähigkeit des Schädels, sodass bei gleicher Kraft des verletzenden Körpers die geringere Commotion sich dann finden wird, wenn die Widerstandsfähigkeit des Schädels geringer war. Eine Erfahrung aus dem gewöhnlichen Leben diene zur Erläuterung. Wenn man mit den Händen das Ende

eines Stabes fasst, und mit dem andern Ende desselben auf einen harten Körper schlägt, so wird, wenn der Stab widersteht, die Erschütterung in den Händen lebhaft empfunden, wenn er aber zerbricht, so wird den Händen keine oder eine geringfügige Erschütterung mitgeteilt. So wird auch die Erschütterung des Gehirns (ceteris paribus) voraussichtlich stärker sein, wenn der knöcherne Schädel unversehrt bleibt, als wenn derselbe unter der Einwirkung der äusseren Gewalt zerbricht." So erklärt es sich, warum verhältnismässig häufig Leute, die Messerstiche in den Kopf erhielten, unmittelbar nach dem Stiche nur geringfügige Erscheinungen darbieten, und ebenso wird es uns verständlich, warum Individuen nach einem gegen den Kopf erhaltenen Schlage bewusstlos zusammenstürzen.

Bei dem dritten Punkt, den ich oben anführte, den Druck durch die Blutungen, muss man zwei Kategorieen unterscheiden. Sind die betroffenen Gefässe nur klein, so wird die infolge der Verletzung auftretende Blutung erst allmählich die Erscheinungen des Hirndruckes bewirken, trifft die Kugel hingegen eine Anzahl grösserer Gefässe, so kann sich der Zeitraum zwischen Verletzung und ihren Folgen, hier also starke Betäubung, Lähmung etc., auf ein Minimum reducieren, der Mensch sofort zu jeder Handlung unfähig sei. Natürlich gilt dies nur für Fälle, bei denen der Abfluss des Blutes gehindert ist. Eine Verletzung der Art. mening. med. und ihrer Zweige kann sofort, besonders bei älteren Leuten, Druckerscheinungen hervorrufen; oft treten diese erst nach einiger Zeit auf, wenn allmählich die Dura in der Umgebung vom Knochen losgewühlt ist. Dann freilich ist ein rapides Zunehmen der Druckerscheinungen geradezu charakteristich für diese Verletzungen.

Fassen wir nach der Erörterung der drei letzten Punkte, also der direkten aber für das Leben augenblicklich nicht gefährlichen Verletzung des Gehirns, der Hirnerschütterung und des Blutergusses, ihre Wirkung zusammen und ziehen das Resultat, so müssen wir daraus ersehen, dass es wohl möglich ist, dass die Störung, welche durch das Eindringen der Kugel in das Gehirn des Selbstmörders hervorgerufen wird, eine so geringfügige sein kann, dass das Schwinden des Bewusstseins, jenes erste und wichtigste Symptom einer Hirnläsion, nicht eintritt, der Mensch zu weiteren Handlungen befähigt ist. Dies beweist auch eine, wenn auch im Verhältnis geringe Anzahl von Beobachtungen, welche die Litteratur zu verzeichnen hat. So findet sich beispielsweise im amerikanischen Kriegsberichte ein Fall[6]) (auch von v. Bergmann beschrieben), wo eine Kugel am hinteren, oberen Winkel des rechten Scheitelbeines eintrat, an einem tieferen Punkte des linken Scheitelbeines austrat: „Patient verlor das Bewusstsein nicht". Professor Krönlein in Zürich erzählt einen Fall[7]), wo ein Selbstmörder sich mit einem kleinen Revolver in die rechte Schläfe schoss; die Kugel durchbohrte das Hirn und wurde auf dem entgegengesetzten Scheitelbein durch Operation entfernt. Patient hatte das Bewusstsein nicht verloren. In der chirurgischen Klinik der Kgl. Charité kamen während der Jahre 1876—1880 incl. zwei Fälle derselben Art zur Behandlung[8]). Robert L., ein zwanzigjähriger Schneidergeselle, machte am Abend des 30. Oktober 1879 einen Selbstmordversuch mit einem Revolver.

---

[6]) Naegeli, Vierteljahrschrift f. gerichtl. Medizin 1884.

[7]) ibidem.

[8]) Wichura, Beitrag zur Statistik der Schädelverletzungen. Diss. Berlin 1881.

P. richtete das Geschoss in die rechte Schläfe; als er den Revolver abgedrückt hatte, taumelte er und fiel nach links hinten um, wobei er mit dem Kopf auf die Kanten des Granittrottoires aufschlug. P. verspürte starken Kopfschmerz, war aber bei vollständigem Bewusstsein. Der zweite Fall betraf einen Gerichtsvollzieher, der sich am Abend in der Nähe von Schlachtensee mit einem Revolver, ein sog. 7 mm-Geschoss, in die rechte Schläfe schoss. P. verlor nach der Schussverletzung keinen Augenblick das Bewusstsein und vermochte noch nach dem Bahnhof zu gehen, um nach Berlin zurückzufahren, und da er den letzten Zug versäumte, blieb er vor dem Bahnhofsgebäude die Nacht über sitzen und fuhr erst am nächsten Morgen nach Berlin, wo er sich in die Charité aufnehmen liess.

Endlich dürfte die Thatsache interessieren, dass auch Nobiling, welcher am 2. Juni 1878 das mörderische Attentat auf Kaiser Wilhelm verübte, nachdem er sich eine Kugel in den Schädel gejagt hatte, noch eine ganze Zeit die Besinnung behielt.

Sucht man in der Litteratur nach, so lassen sich noch eine ganze Reihe solcher Fälle anführen, jedoch sind sie immerhin, wie schon gesagt, im Verhältnis zu den Fällen, wo Bewusstlosigkeit eintrat, als Seltenheiten zu betrachten.

Kehren wir noch einmal zur Verletzung der Hirnsubstanz zurück, um noch einen Punkt zu erörtern, den wir ausser Acht gelassen haben. Auch bei Nichtverletzung von lebenswichtigen Centren und Erhaltung des Bewusstseins kann der Selbstmörder unfähig sein, einen zweiten Schuss gegen seinen Schädel abzufeuern und zwar bei Zerstörung der motorischen Centren beziehungsweise der Bahnen derselben im Gehirn für die obere

Extremität durch den ersten Schuss. Denn durch Zerstörung oder Läsion derselben würde jede Bewegung des die Mordwaffe führenden Armes oder des den Hahn umspannenden Fingers sofort unmöglich werden, Arm und Waffe aus der erhobenen Stellung in eine den Gesetzen der Schwere entsprechende Lage zurücksinken. Was nun die Lokalisation der einzelnen motorischen Partial-Centren betrifft, so dienen hierzu eine Anzahl gut beobachteter klinischer Fälle, die allerdings bis jetzt erst teilweise übereinstimmende Resultate liefern[9]). So befindet sich das Centrum für die obere Extremität im mittleren Drittel der vorderen Centralwindung oder etwas tiefer. Von hier aus verlaufen die Leitungsbahnen folgendermassen (Charcot, Flechsig): Für die aus dem Rückenmark hervortretenden Bewegungsnerven ziehen die als Pyramidenbahnen bezeichneten Leitungen durch die Capsula interna (vordere zwei Drittel derselben), sodann durch den pes des Pedunculus cerebri (mittleren Teil der unteren freien Cirkumferenz des Fusses), weiter durch die gleichseitige Brückenhälfte bis in die Pyramide des verlängerten Markes. Hier treten die meisten Fasern durch die Decussatio pyramidum auf die entgegengesetzte Seite über und verlaufen abwärts im Seitenstrange bis zu dem Niveau des Rückenmarkes, aus welchem die willkürlich zu erregende vordere Wurzel hervortritt (Landois). Soll also, stets die Erhaltung des Bewusstseins als selbstverständlich vorausgesetzt, der Selbstmörder in die Möglichkeit versetzt werden, zum zweiten Mal eine Kugel gegen seinen Schädel abfeuern zu können, so darf unter keinen Umständen die erste

---

[9]) Landois, Physiologie.

Kugel die eben angeführten Partieen in irgendwie erheblichem Grade verletzt oder ganz vernichtet haben.

Wir setzen also Bewusstsein und motorische Kraft nach dem ersten Schuss in den Schädel als unerlässlich voraus, um den fehlgeschlagenen Selbstmordversuch sofort erneuern zu können.

Gewöhnlich stehen Selbstmörder nach dem ersten vereitelten resp. vergeblichen Versuch, ihrem Leben ein Ende zu machen, vor der Hand von einer Erneuerung desselben ab. Die einen befällt Reue und Scham über die voreilige unglückselige That, bei den meisten jedoch liegt der Grund darin, dass der Mensch, in dem aus irgend einem Grunde die Idee aufgetaucht ist, Hand an sich selbst zu legen, nach versuchtem Selbstmord auf einmal alle Beweggründe zu seiner That in andrem Lichte sieht.

Die Fälle, in welchen der erste Schuss — von andren Selbstmordarten abgesehen — die Absicht des Unglücklichen, sein Leben zu vernichten, nicht änderte, sind nicht sehr zahlreich, am allerseltensten diejenigen, wobei der Mörder zweimal die Waffe gegen seinen Schädel richtete. Diese Beobachtung lässt sich auch unschwer erklären. Der Selbstmörder, der wohl wusste, dass die erste Kugel gegen ein Organ gerichtet war, dessen Zerstörung allen andren Körperteilen gegenüber am ehesten Aussicht auf Vernichtung des Lebens bietet, sucht, fest entschlossen seinen Vorsatz auszuführen, nachdem der erste Versuch doch nicht geglückt ist, zum zweiten Male eine Stelle auf, deren Verletzung er als ebenfalls lebensgefährlich kennt. So finden wir in der Litteratur Fälle, wo der Selbstmörder sich erst in den Kopf und dann in das Herz oder in die Lunge etc. schoss. Auf welche Weise der Selbstmörder sein Ziel

zu erreichen sucht, ist auch ganz gleich. Hier kommt es nur darauf an im Sinne der gerichtlichen Medizin durch einige Fälle aus der Litteratur die Möglichkeit eines Suicidium bei zwei vorhandenen Schädelschüssen zu beweisen. Zu erörtern, was den Unglücklichen zu der hartnäckigen Ausführung seiner Absicht bewegen kann, ist hier nicht der Platz. Nur will ich kurz erwähnen, dass eine grosse Anzahl von Selbstmordversuchen im Zustande von Geistesgestörtheit verübt wird. Ich werde weiter unten zwei derartige Fälle (ebenfalls Doppelschädelschüsse) näher ausführen. Am meisten sind es melancholische Zustände, welche mit Selbstmorddrang einhergehen[10]). Jedoch darf man dabei nicht zuweit gehen, wie es besonders englische Psychiater thaten, welche jeden Selbstmord auf Störung des geistigen Lebens zurückführten. Auch ein geistig ganz gesunder Mensch kann ein Motiv für sich finden, welches so schwerwiegend ist, dass der Tod à tout prix angenehmer erscheint, als das Leben. In seinem Buche: Il Suicidio Saggio di Statistica morale comparata (Mailand 1879)[11]) führt der erfahrene italienische Psychiater Morselli das Verhältnis des Selbstmordes zu den Zuständen des menschlichen Geistes mit grossem Scharfsinn aus und schliesst seine Betrachtung darüber mit den Worten: „Wir werden sehen, wie ein grosser Teil der Selbstmorde von jedermann auf geistige Störungen zurückgeführt wird, während andrerseits gewiss in der Hälfte der Fälle von Geisteskrankheit die Idee des Selbstmordes in dem umnachteten Geiste gedeiht. Ein enges Band besteht unleugbar zwischen den beiden Manifestationen

---

[10]) Hofmann, Lehrb. d. gerichtl. Med.

[11]) von demselben auch ins Deutsche übertragen.

einer krankhaften Gedankenentwicklung, aber ebenso, wie einerseits die Geisteskrankheit ohne Selbstmordversuch verlaufen kann, so kann andrerseits der Entschluss zum Selbstmord in einem ganz gesunden Gehirn entstehen, das ihn mit kalter logischer Consequenz durchführt. Und das warum? Auch wenn wir die Ansicht von Leuret acceptieren, dass der Selbstmord stets die Folge entweder von Geisteskrankheit oder von Mangel oder von Verbrechen sei, so wird damit unsre Ansicht nicht entkräftet, dass wir es hier mit einer ebenso unvermeidlichen Erscheinung zu thun haben, wie es eben die Geisteskrankheit selbst, wie es Elend und Verbrechen sind."

An die Erklärung der Möglichkeit von Doppelschädelschüssen bei Selbstmördern, die in vorstehendem kurz gegeben ist, knüpfe ich nun die Ausführung der wenigen Fälle, welche ich in der Litteratur gefunden habe.

Der erste Fall[12]), von Naegeli veröffentlicht, betraf einen 56 jährigen, mit seiner Frau in unglücklicher Ehe lebenden Mann, der eines Tages in seinem Bette mit zwei Schusswunden im Kopfe tot aufgefunden wurde. Neben ihm lag ein fünfschüssiger Revolver mit zwei abgefeuerten und drei noch geladenen Schüssen. Die Obduktion ergab, dass die Wunden von aus nächster Nähe abgefeuerten Revolverschüssen herrührten, von denen eine mit einer erbsengrossen Öffnung an der linken Incisura supraorbitalis begann und in einen Kanal führte, der von links und vorn nach rechts und hinten ziehend den rechten Stirnlappen, den vorderen Winkel der rechten

---

[12]) Hofmann, Gerichtsarzneikunde in Virchow-Hirsch Jahresberichten 1884.

Sylvischen Grube und den vordersten Teil des rechten Schläfenlappens durchbohrte, ohne die innere Kapsel oder die Centralwindungen zu verletzen, während die andere etwas unterhalb des inneren linken Augenwinkels beginnend, in einen von vorn nach hinten und etwas von links nach rechts ziehenden Schusskanal sich fortsetzte, aber unter der Schädelbasis bis zur rechten Seite des Clivus verlief, die rechte Carotis interna im Sulcus caroticus durchriss, das rechte Kleinhirn quetschend, ohne Verletzung der centralen Teile rechts an der Mittellinie, etwa in der halben Höhe des Hinterhauptbeins endete. Der Untersuchte war rechtshändig und der Revolver lag rechts und unmittelbar vor der ausgestreckten rechten Hand, mit der Mündung gegen die Füsse gekehrt. Schwärzung der Hände konnte nicht konstatiert werden, da diese bereits gewaschen waren. Die Untersuchung des Revolvers ergab, dass derselbe wegen Federbruchs nur bei nach abwärts gerichteter Mündung repetiert und sowohl beim Aufziehen, als beim Abdrücken sehr schwer geht. Der Techniker (v. Martini, Erfinder des Martinigewehrs), der zur Beurteilung dieses Falles hinzugezogen wurde, erklärte, dass bei der eigentümlichen Schussrichtung und bei einem rechtshändigen ein Selbstmord nur im Liegen und mit Benutzung beider Hände möglich war, findet jedoch den ganzen Vorgang, die Lage der Leiche und des Revolvers sehr befremdend. Die Gutachten der ärztlichen Sachverständigen drehen sich vorzugsweise um die Frage, ob Denatus sich beide Schüsse hat selbst beibringen können und kommen sämtlich zu dem Schluss, dass, wenn der Schuss, welcher durch den rechten Stirnlappen drang, der erste gewesen ist, die Möglichkeit nicht absolut ausgeschlossen werden kann und zwar aus folgenden Gründen:

I. hatte die Kugel die Centren der willkürlichen Bewegungen nicht oder kaum am alleruntersten Ende berührt, sodass das Individuum des freien Gebrauchs seiner Arme sicher noch nicht beraubt war,

II. konnte die Kugel nach vielfachen Beobachtungen über die Folgen der Verletzungen des rechten Stirn- und Schläfenlappens das Bewusstsein vollständig intakt gelassen haben.

Schuss II hingegen, der zu den Basalschüssen zu rechnen ist, musste sicher, ganz abgesehen von der Zerreissung der Carotis interna und der daraus folgenden Blutung, das Bewusstsein durch Commotion den Erfahrungen gemäss sofort schwinden lassen. Derselbe musste also auch, sofern Selbstmord vorlag, in der That der zweite Schuss gewesen sein. Infolge dieser Erörterungen wurde die Anklage auf Mord gegen die Beschuldigten fallen gelassen, da ein Selbstmord, wenn er auch kaum wahrscheinlich sei, mit Sicherheit nicht ausgeschlossen werden könnte.

Zweiter Fall[13]). B. E., 24 Jahre alt, Commis aus Aargau, schoss sich eine Stunde vor der Aufnahme mittelst eines kleinkalibrigen Lefaucheuxrevolvers zwei Kugeln in den Kopf. Beim Eintritt (25. Juni) ist Pat. bewusstlos. Die Eintrittsöffnung der einen Kugel findet sich circa zwei Finger breit oberhalb der Nasenwurzel, die der andern circa 3 cm unterhalb des rechten äusseren Augenwinkels. Eine Austrittsöffnung ist nicht vorhanden. Aus der erstgenannten Wunde ergiesst sich reichliches, mit Gehirnkrümeln vermischtes Blut, die Blutung aus der Gesichtswunde ist weniger bedeutend. Tod am

---

[13]) Jahresbericht über d. chir. Abt. d. Spitals z. Basel 1880 (Naegeli).

dritten Tag, nachdem am zweiten das Bewusstsein auf kurze Zeit zurückgekehrt war. Die Section ergab, wie folgt:

In der Mitte der Stirn eine 5 cm lange Wunde ohne Reaktion, eine zweite Wunde 2 cm nach aussen vom rechten Augenwinkel. Kopfschwarte unter der ersten Wunde, handtellergross rot infiltriert, genau darunter eine kreisrunde, 5 cm grosse Trepanationsschädelwunde. An der Innenseite des Schädels ist der Substanzverlust unregelmässig, zackig, Zwei-Sous-Stück gross. Dura mater an dieser 2 mm grossen Stelle mit Hirnsubstanz bedeckt. Genau in der Mittellinie ist die Dura verletzt, beim Abziehen derselben fällt ein bohnengrosses Fragment einer Kugel aus einem Loch des rechten Occipitallappens. Blutiger Belag, rechts weniger als links. Aus der Wunde kommen Blut und grau-rötliche Flocken zertrümmerter Hirnsubstanz. Der Längsschnitt über Ein- und Austrittsöffnung ergiebt einen 16 cm langen Schusskanal (vom innern, oberen Umfang des rechten Hirnlappens schräg nach hinten und aussen verlaufend). Blutgerinnsel im rechten Seitenventrikel. 3 cm hinter der Spitze des rechten Schläfelappens eine Zweifrankstück grosse, marmorierte Stelle des Gehirns, nur in die graue Substanz eingreifend. Dura ist hier etwas vorgetrieben, darüber eine Zweisousstück grosse Stelle des Knochens zersplittert. Musculus temporalis dexter darüber blutig infiltriert, in der Schädelwunde ein unregelmässig geformtes Bleikugelsegment.

Offenbar hat im vorliegenden Falle der Stirnschuss den Selbstmörder getötet. Der erste Schuss war somit der Schläfenschuss, der den Schädel ebenfalls perforierte und den Schläfelappen an einer Stelle quetschte.

In einem von Coutagne[14]) (Étude sur un cas de suicide par coups de revolver) begutachteten Falle war ein Mann in seinem Zimmer tot gefunden worden, nachdem man vier, und drei Viertelstunden danach einen fünften Schuss gehört hatte. An der Leiche fanden sich vier Schusskanäle mit teilweise geschwärzten, kleinen Eingangsöffnungen, von denen einer den Thorax in der Herzgegend von links nach rechts durchdrang, ohne wichtige Organe zu verletzen (!), ein zweiter unter dem linken Warzenfortsatz, quer durch den Pharynx bis zum frakturierten rechten Unterkieferaste, ein dritter unmittelbar über dem zweiten bis zum linken Warzenfortsatz führte, während ein vierter von der rechten (!) Schläfegegend quer durch die Basis beider Stirnlappen bis in die zertrümmerte linke Orbita verlief. Bei der Leiche lag ein kleiner Revolver. C. führt aus, dass es sich offenbar um Selbstmord handle und dass die drei erstgenannten Schüsse mit der linken, und der vierte zuletzt mit der rechten Hand abgegeben wurden. Der Untersuchte soll Ambidexter gewesen sein. Auch wurde konstatiert, dass er zwischen den vier ersten Schüssen, von denen einer in die Luft gegangen sein musste, und dem letzten blutend in das Zimmer seiner Kinder gekommen, einige verwirrte Worte gesprochen und dann wieder in sein Zimmer zurückgegangen sei.

Den vierten Fall entnehme ich dem Jahresbericht der chirurgischen Klinik des Geheimrat Bardeleben pro 1885[15]). P., ein kräftiger Mann, circa 40 Jahre alt, ist stark benommen, reagiert auf lautes Anrufen, aber nur durch Nicken, er spricht nicht, streckt die Zunge nicht

---

[14]) Virchow-Hirsch, Jahresberichte 1884.

[15]) Charité-Annalen, Jhg. XII.

heraus. Puls 108, Respiration 28, weder Lähmungen, noch Kontrakturen. P. lässt aufgehobene Extremitäten allmählich wieder sinken. Linke Pupille reagiert auf Licht, rechte mittelweit, reaktionslos. Genauere ophthalmoskopische Untersuchung konnte nicht stattfinden.

An der rechten Schläfe, 4 cm über und 2 cm vor dem äusseren Gehörgang befinden sich zwei kleine, von geschwärzter, sugillierter Haut umgebene Öffnungen. 5 cm höher, etwas nach hinten befinden sich ebenfalls zwei Öffnungen dicht neben einander. Ziemlich starke Blutung. In Narkose wurden die verschiedenen Öffnungen durch einen nach vorn leicht konvexen Schnitt verbunden. Die Gewebe in der Tiefe waren zum grossen Teil zermalmt; nachdem der Knochen frei gelegt war, zeigte sich eine 3 cm lange, dem Kanal in den Weichteilen entsprechende Rinne im Knochen, an deren oberm Ende ein circa 1 cm langes Geschoss von 9 mm Durchmesser fest eingekeilt war. Es wurde entfernt, zeigte sich wenig deformiert, nur an der Spitze tief gespalten, zugleich wurden einige lose Knochensplitter entfernt, welche zum Teil die Dura durchbohrt hatten. Der obere hintere Teil des Knochendefekts musste mit Hammer und Meissel erweitert werden, damit man die starke, aus zwei Ästen der Meningea media erfolgende Blutung durch Unterbindung stillen konnte. Es war eine geringe Menge gequetschter Hirnsubstanz prolabiert. Dem oberen Dritteil der Wunde würde ungefähr die Lage des Klappdeckels am unteren Ende der Centralfurche (Sprachcentrum) entsprechen. Desinfektion, Schluss der Wunde, bis auf den oberen und unteren Winkel, in welche kurze Drains gelegt wurden, Sublimatverband. P. starb einige Stunden später im Kollaps. Sektion gerichtlich. Durch das Vorhandensein von zwei Eingangs- und zwei Aus-

gangsöffnungen wurde hier ein mindestens zweimaliges Losdrücken des Revolvers an fast derselben Stelle wahrscheinlich gemacht. „Denn wenn auch eine doppelte Eingangsöffnung durch Bildung einer Hautfalte beim Andrücken des Geschosses entstehen kann: die beiden Ausgangsöffnungen können in diesen Fällen kaum anders als durch Annahme zweier oder mehrerer Schüsse erklärt werden, weil die im Knochen aufgefundene Kugel wenig deformiert war und deshalb bei zwei Schüssen schon die eine Ausgangsöffnung durch hinausgeschleuderte Knochenstückchen entstanden sein musste.“ (Koehler)

Fünfter Fall[16]). Dr. Earle (Melbourne) berichtet: Im Februar 1884 liess man ihn zu einem Manne holen, welcher sich in das rechte Ohr geschossen hatte. Tief im Ohr konnte man mit der Sonde eine Kugel fühlen, doch war es nicht möglich dieselbe herauszuziehen, der Mann war bewusstlos, während der nächsten Tage kehrte aber das Bewusstsein zeitweise bei ihm zurück. Am siebenten Tage fand sich ein reichlicher Ausfluss (Eiterung?) aus dem linken Auge; am zehnten Tage wurde auch das rechte Auge davon betroffen, und es trat eine Ulceration der linken Cornea auf. Ausserdem war eine geringe Facialislähmung vorhanden. Am fünfzehnten Tage erfolgte der Tod und die Obduktion ergab die Anwesenheit zweier Kugeln; die eine fand man im Processus mastoideus des Schläfenbeins, die andere am Vereinigungspunkte der Pars squamosa und petrosa des Schläfenbeins mit dem grossen Keilbeinflügel. Die innere Platte des Schädels war hervorgestülpt, und über ihr zeigte sich die Dura mater und Pia mater in der Ausdehnung eines Six-Pence-Stückes dunkel verfärbt. Ent-

---

[16]) Bradbury, The British medical Journal 1884.

sprechend dieser Stelle bestand ein Abscess in der Hirnsubstanz, der ungefähr eine Drachme Eiter enthielt. Das Bemerkenswerte war hier, dass der Mann zwei Läufe seines Revolvers in einer so bestimmten Richtung hatte abschiessen können, dass er sein äusseres Ohr nicht verletzte.

Der sechste Fall[17]) betraf einen Geisteskranken, einen 44 Jahre alten Kaufmann. An der rechten Schläfe eine in die Tiefe, nach unten und vorn, zum Oberkiefer führende Schussöffnung, dicht über der Nasenwurzel eine zweite Eingangsöffnung. Hier lag die Kugel ziemlich oberflächlich und konnte leicht entfernt werden. Fissur im Stirnbein. Nach der zweiten Kugel wurde nicht weiter gesucht. P. war völlig bei Bewusstsein und hatte sich zuerst in die Schläfe und, als er davon „kaum etwas merkte", in die Stirn geschossen. Keine Lähmung, keine Kontrakturen. Augenbewegungen, Pupillen, Sehschärfe, Augenhintergrund normal. Die Wunden bedeckten sich mit trocknem Schorfe. Nach acht Tagen wurde der Kranke zur Abteilung für Geisteskranke verlegt, von wo er, nach einiger Zeit ruhiger geworden, ohne dass die Schussverletzungen weitere Symptome gemacht hatten, entlassen wurde.

Siebenter Fall[18]): Während eines Operationskursus wurde eines Morgens unter den aufgestellten Cadavern der eines unbekannten (nicht mit Erkennungszettel versehenen) erwachsenen Mannes mit hochgradigen rhachitischen Verbiegungen und Verkrümmungen, namentlich der unteren Extremitäten gefunden, an dessen Kopfe sich zwei Schussöffnungen befanden; eine kleinere an

[17]) Jahresbericht der chir. Klinik d. Geheimrat Bardeleben pro 1886. A. Koehler, Charité-Annalen Jhg. XIII.

[18]) A. Koehler, Deutsche Militärärztl. Zeitschrift, Juni 1886.

der rechten Schläfe, eine grössere, in deren Grunde eine Kugel lag, dicht oberhalb der Nasenwurzel. Die erstere als Eingangs- — die letztere als Ausgangs-Öffnung — anzunehmen, ging nicht an, denn das beinahe trichterförmige Loch im Processus nasalis war ebenfalls im Grunde und nächster Umgebung verbrannt und geschwärzt (ohne die Scrzka'schen Platzwunden der Haut). Es mussten deshalb zwei Schüsse angenommen und noch eine zweite Kugel gefunden werden. Der Schädel wurde von seinen Weichteilen entblösst und dicht oberhalb der ziemlich in einer Horizontalen liegenden Schussöffnungen durchsägt. Das war sehr schwierig. Die Säge arbeitete stellenweise so tief, dass sie mitten durch Gehirn zu gehen schien und dennoch sass das Dach unverrückbar fest. Endlich konnte es abgenommen werden und zeigte nun eine auffallend unregelmässige Verdickung der Basis, des Stirn- und Hinterhauptbeines; weniger an den Epiphysen entsprechenden Randpartieen der Schädelknochen und in der Gegend der sehr erweiterten Nähte und Fontanellen; stellenweise hatte die Dicke der Knochen nicht zu-, sondern abgenommen, sodass man $1^1/_2$ Zoll dicke und dünne durchsichtige Partieen neben einander sah. Der eine Schuss hatte die dickste, der andre fast die dünnste Stelle des Schädels getroffen; der erste perforierte nicht; ein Sinus frontalis war gar nicht vorhanden. Die Kugel war hier in die weiche, die Spongiosa vertretende osteoide Masse wie in eine Matratze eingeschlagen ohne jede Spur von Fissuren in der Umgegend oder an der Tabula vitrea. Der Schuss in der Schläfengegend hatte perforiert, hatte ein kegelförmiges Stück (Basis innen) heraus- oder vielmehr hineingeschlagen (das Stück fand sich in der Nähe der Öffnung in zertrümmerter Hirn-

substanz), war durch den rechten Seitenventrikel, durch das Foramen Monroi in den linken Seitenventrikel hineinzuverfolgen, und hier lag diese zweite Kugel im Unterhorn. Die rechte Meningea media war an ihrer Teilungsstelle zerrissen; es fand sich aber kein Blut zwischen Schädel und Dura, sondern inter- und intra-meningeal; die Hirnfurchen rechterseits waren in allen Verzweigungen wie mit Blut ausgegossen. Die Bulbi wurden mit den Opticusstümpfen exstirpiert; es zeigte sich (ohne Fissur am Orbitaldach oder an der Decke des Canalis opticus) die rechte Sehnervenscheide durch Blut ausgedehnt.

Der Zeit nach musste hier der Stirnschuss der erste, der Schläfenschuss der zweite gewesen sein; der Schuss in die Schläfengegend war absolut tödlich, der Stirnschuss hat vielleicht bei der Beschaffenheit des Knochens an dieser Stelle wenig Eindruck auf den Selbstmörder gemacht. Er blieb bei Bewusstsein und im Stande, den zweiten Schuss auf sich abzugeben.

Einen anderen Fall[19]) (8) erzählt Rollin. Da mir das Original leider nicht zu Gebote stand, musste ich mich mit einem Auszug im „Archiv für Ohrenheilkunde vom Jahre 1887“ begnügen. Ein junger Mann hatte sich bei einem Selbstmordversuch in jedes Ohr eine Revolverkugel geschossen; es bestand Taubheit für Sprache und Uhr, auch vollständiger Verlust von Perception vom Knochen. Im Laufe der nächsten Tage stellte sich linkerseits totale Facialislähmung ein; vier Wochen nach der Verletzung zeigte sich über dem rechten Masseter vor dem Gehörgang ein Abscess, bei dessen Eröffnung sich eine Menge Eiter entleerte. Fast zwei Monate nach dem Trauma wurde zur Operation geschritten. Nach dem Ablösen der Ohrmuschel und

[19]) Rollin, Annales des maladies de l'oreille.

Vorklappen derselben mit dem gespaltenen Gehörgange gelingt es leicht, die sehr abgeplattete Kugel zu entfernen; auch an dem anderen Ohre, in welchem die Kugel 5 cm tief sass, wurde die gleiche Operation bald darauf vorgenommen, wobei die Carotis interna verletzt wurde (Bürkner).

Ein weiterer, von Naegeli beschriebener Fall[20]) (9) ist dadurch merkwürdig, dass man bei näherer Untersuchung in dem als Mordwaffe benutzten Revolver zwischen den zwei abgeschossenen Läufen einen geladenen fand. Der Mensch hatte sich in den Mund geschossen und war nach dem zweiten Schuss „wie vom Blitz getroffen" zu Boden gesunken.

Ein im Jan. 1888 auf der Bardeleben'schen Klinik beobachteter Fall (10) ist dadurch interessant, dass er die relative Unschädlichkeit der gewöhnlichen zu Selbstmordversuchen gebrauchten Revolver (Kaliber 6—7 mm) sehr drastisch beweist.

Ein 30 Jahre alter Mann hatte sich im Tiergarten mit einem solchen Revolver zuerst in die rechte Schläfe, dann in die Stirn, dann (mit der linken Hand) in die linke Schläfe geschossen. Erst dann war ihm, wie er erzählte, der Kopf „etwas benommen" und er lag ca. $^1/_2$ Stunde „wie im Dusel"; bewusstlos wurde er erst, nachdem er sich nun noch einen Schuss in die linke Brustseite beigebracht hatte. Nach $^1/_2$ Stunde erwacht, ging er in seine Wohnung und fuhr von hier zur Charité. Erbrechen, Blutung aus dem Ohre oder der Nase soll nicht stattgefunden haben. — An beiden Schläfen je eine runde Öffnung mit geschwärzter Umgebung; an der Stirn 1 Zoll über der Nasenwurzel eine ebensolche mit Platzwunden in der Umgebung; die Kugel sass hier

[20]) Naegeli, Vierteljahrschrift f. gerichtl. Medizin 1884.

im Knochen fest. Eine 4. Wunde befand sich 2 cm medialwärts von der linken Brustwarze; in ihrer Umgebung bestand Hautemphysem. Die physikalische Untersuchung der Brustorgane ergab normale Verhältnisse; das Atmen war etwas erschwert, der Auswurf war mit geringen Blutmengen vermischt. Sensorium vollkommen frei, Pupillen gleich, reagierend, Sehschärfe, ophthalmoskopischer Befund normal. Keine Lähmungen, keine Kontrakturen, Sensibilität intakt. — Vorsichtige antiseptische Bespülung, Jodoformcollodiumwatte. — In den nächsten Tagen stellten sich starke Sugillationen an den Augenlidern (nicht am Bulbus) ein; der blutige Auswurf bestand 6 Tage, dann vollständiges Wohlbefinden. Am 14. Tage wurde die Kugel aus der Stirnwunde, plattgedrückt, wie ein breiter Pilz, mit einer sog. amerikanischen (Luer'schen) Kugelzange leicht entfernt, die andern Kugeln sind eingeheilt. Nach 5 Wochen wurde der Patient mit völlig vernarbten Wunden geheilt entlassen.

Zum Schlusse dieses Beitrages zur Kasuistik der „Doppelschädelschüsse bei Selbstmördern“ spreche ich Herrn Geh. Ober-Medizinalrat Prof. Dr. Bardeleben für die gütige Überlassung des Materials, sowie Herrn Stabsarzt Dr. A. Koehler für die Anregung zu dieser Arbeit und die gütige Unterstützung bei Anfertigung derselben meinen ergebensten Dank aus.

Litteratur.

Bardeleben: Lehrbuch der Chirurgie und Operationslehre. 8. Ausg.

Virchow-Hirsch: Jahresberichte 1884 und 1885.

Hofmann: Lehrbuch der gerichtlichen Medizin.

Eulenberg: Vierteljahrschrift für gerichtliche Medizin 1884.

v. Tröltsch u. Politzer: Archiv für Ohrenheilkunde 1887.

Landois: Lehrbuch der Physiologie des Menschen.

Morselli: Der Selbstmord. Leipzig 1881.

The British medical Journal 1884.

Wichura: Beitrag zur Statistik der Schädelverletzungen. Diss. Berlin 1881.

Jahresberichte der chirurgischen Klinik von Geh. Rat Bardeleben 1885/86. (A. Koehler, Charité-Annalen Jhg. XII u. XIII.)

Deutsche militärärztliche Zeitschrift, Juni 1886. (A. Koehler, Zur Cas. der Schädelschüsse.)

Casper-Liman: Handb. der gerichtl. Medizin.

THESEN.

I.

Doppelschädelschüsse schliessen die Möglichkeit eines Selbstmordes nicht aus.

II.

Bei Fractura humeri ist der Middeldorpf'sche Triangelverband sehr empfehlenswert.

III.

Die Operation der einfachen Hasenscharte ist möglichst früh zu machen.

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, Günther von Foerster, Sohn des bei Nachod gefallenen Hauptmanns von Foerster, katholischer Confession, wurde am 16. März 1864 zu Breslau geboren. Seine wissenschaftliche Vorbildung erhielt derselbe auf dem städt. Gymnasium zu Liegnitz, welches er am 15. März 1884 mit dem Zeugnis der Reife verliess. Am 28. März desselben Jahres in das Kgl. med. chir. Friedrich-Wilhelms-Institut aufgenommen, genügte er vom 1. April bis 1. October 1884 seiner Dienstpflicht mit der Waffe bei der 11. Compagnie des Garde-Füsilier-Regiments. Am 3. März 1886 bestand er das Tentamen physicum und am 24. Februar 1888 das Examen rigorosum.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kliniken und Curse folgender Herren:

Baerensprung, Bardeleben, von Bergmann, Bernhardt, du Bois-Reymond, Dilthey, Eichler (†), Ewald, Fraentzel, Fritsch, Gerhardt, Gurlt, Gusserow, Hartmann, von Helmholtz, Henoch, Hirsch, v. Hofmann, Israel, Juergens, Koch, Koehler, Kossel, Leutholdt, G. Lewin, Leyden, Liebreich, Liman, Martius, Olshausen, Oppenheim, Orth, Overweg, Salkowski, Schulze, Schweigger, Schwendener, Schweninger, Thomsen, Trautmann, Virchow, Waldeyer, Westphal.

Allen diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern, spricht der Verfasser seinen aufrichtigen Dank aus.